

GAMBARAN POLA ASUH DAN PERTUMBUHAN BALITA PENDERITA GIZI BURUK PASCA DIRAWAT DI RUMAH GIZI SEMARANG

Maratina Diska Widayani, Martha Irene Kartasurya, Siti Fatimah

Bagian Gizi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Diponegoro

Email : diskawidayani@rocketmail.com

Abstract : *In 2013 Semarang City was in the third position among the highest of severe malnutrition in Central Java Province. Therefore Local Health office has built malnutrition clinic to treat severe malnutrition cases. The activities in this clinic aimed to alleviate malnutrition. The purpose of this study was to describe the knowledge, child care pattern, disease history, growth and nutrition intake of post-treated under five malnourished children in Semarang Nutrition Clinic. This study was a descriptive study. The subject were 25 treated severe undernourished under five year children at Semarang Nutrition Clinic in 2014. Data were collected by interviews using questionnaires, semi-quantitative Food Frequency Questionnaires (SQFFQ), and weight measurements. Data were analyzed and presented in the form of graphs and tables. Results showed that 80% mothers had good knowledge. All mothers get have less portion of food than needed, 72% mothers served unvaried food, 80% children had not complete immunization, 52% had diarrhea, 40% had upper respiratory tract infection, 24% had tuberculosis in the last 6 month. The average energy adequacy rate was $(61.7 \pm 8.0)\%$, protein adequacy rate was $(81.7 \pm 13.5)\%$, and fat adequacy rate $(95.48 \pm 22.9)\%$. At post treatment at Nutrition clinic, the percentage of severe malnourished decrease into 52%, but after 6 months release from nutrition clinic, the number of severe malnourished children increased into 92%. It is concluded that after six months released from the nutrition clinic, the nutritional status of the children were decreased.*

Keywords: *Nutrition clinic, sever malnutrition, Clid care pattern, Growth*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Status gizi balita merupakan indikator kesehatan yang penting karena anak usia di bawah lima tahun merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan dan gizi.⁽¹⁾

Kekurangan gizi pada anak dapat menimbulkan beberapa efek negatif seperti lambatnya pertumbuhan badan, rawan

terhadap penyakit, menurunnya tingkat kecerdasan, dan terganggunya mental anak. Kekurangan gizi yang serius dapat menyebabkan kematian anak.⁽²⁾

Balita yang mengalami kekurangan gizi tidak hanya menimbulkan gangguan pertumbuhan fisik, tetapi juga mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas ketika dewasa.⁽³⁾

Pada tahun 2013, secara nasional prevalensi kurus pada anak balita masih 12,1 %, yang artinya masalah kurus di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Provinsi Jawa Tengah sendiri menunjukkan prevalensi status gizi kurang (BB/U) pada tahun 2007, 2010 dan 2013 berada diantara 14,0%-20,0%, dimana prevalensi gizi buruk-kurang diatas prevalensi nasional.⁽⁴⁾ Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 diketahui terdapat kabupaten/kota dengan kasus gizi buruk tertinggi yakni kabupaten Jepara dengan 77 kasus, kabupaten Karanganyar dengan 36 kasus dan kota Semarang menempati posisi tertinggi ketiga dengan 33 kasus.

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pemantauan Status Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang tercatat pada tahun 2012, berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), ditemukan balita status gizi buruk sebanyak 39 anak (0,69 %), sementara gizi kurang sebanyak 1.091 anak (6,10 %), dan gizi baik sebanyak 84.094 (90,66 %).⁽⁵⁾ Pada tahun 2013 mengalami penurunan untuk kasus gizi buruk sebanyak 33 anak (0,40 %), sementara gizi kurang sebanyak 801 anak (0,9%), dan gizi baik sebanyak 83.814 (96,8%), dan pada tahun 2014 kembali mengalami peningkatan untuk kasus gizi buruk sebanyak 32 anak (0,38 %), sementara prevalensi gizi kurang dan gizi baik yaitu 2,73 % dan 92,14 %.⁽⁶⁾

Peningkatan penanganan gizi buruk di Kota Semarang, Pemerintah meresmikan bangunan Rumah Gizi Semarang bersamaan dengan peringatan hari gizi tahun 2014 dengan harapan agar rumah dan bangunan ini dimanfaatkan secara optimal dan tidak ada penderita gizi buruk di kota semarang yang tidak ditemukan dan tidak tertangani. Rumah gizi merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang yang khusus didirikan untuk mengatasi permasalahan gizi (gizi buruk, gizi kurang, *stunting*) di Kota Semarang dan sekitarnya. Rumah Gizi ini dilengkapi dengan ruang Pemeriksaan, ruang tumbuh kembang, ruang fisioterapi, ruang laktasi, ruang konseling gizi dan ruang bermain anak.⁽⁷⁾

Rumah Gizi Semarang sebagai program penanggulangan/tatalaksana gizi buruk semarang telah melakukan berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan status gizi balita dan meningkatkan pengetahuan serta kesadaran ibu balita dalam upaya meningkatkan pola asuh gizi balita.

Penelitian yang dilakukan di kabupaten Blora pada tahun 2006, kabupaten Ladaq Kalimantan Barat tahun 2014 dan Kota Semarang tahun 2014 menunjukkan adanya pengaruh pola asuh ibu dengan status gizi balita.^(8,9,10) Penelitian yang dilakukan di Pangalengan Jawa Barat pada tahun 2008 juga menyatakan pola asuh makan dan kesehatan sebagai faktor yang berhubungan dengan status gizi balita.⁽¹¹⁾ Pada penelitian di Semarang Timur

menyatakan adanya perbedaan perubahan peningkatan pengetahuan, sikap, praktik, dan asupan gizi balita dimana ibunya diberi konseling. Pada penelitian ini akan melihat pola asuh ibu kepada balita yang pernah di rawat di rumah gizi Semarang di mana ibu balita telah mendapat konseling dan pelatihan oleh petugas kesehatan terkait pola asuh balita guna melengkapi penelitian sebelumnya.

Berbagai program telah dijalankan pemerintah demi perbaikan gizi balita, namun kasus gizi buruk terus terjadi. Beberapa penelitian telah dilakukan terdahulu, diketahui bahwa terdapat pengaruh pola asuh gizi terhadap status gizi balita.^{12,9} Maka dari itu di usia balita, anak membutuhkan perhatian dari ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi. Peneliti tertarik untuk menggambarkan pola asuh oleh ibu dan pertumbuhan balita yang pernah gizi buruk setelah mengikuti berbagai kegiatan perawatan balita di Rumah Gizi Semarang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan rancangan studi *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu balita penderita gizi buruk yang pernah dirawat di Rumah Gizi Semarang. Sampel penelitian ini adalah seluruh balita yang pernah dirawat dan diperoleh jumlah sampel sebesar 25 balita.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara kuesioner dan penimbangan. Analisis data menggunakan

analisa univariat dengan menggambarkan data yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Pengetahuan Ibu Pasca Perawatan di Rumah Gizi Semarang

Tabel 1. Kategori Pengetahuan Makanan Gizi Sehat Seimbang bagi Balita

No.	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
1	Kurang Baik	1	4
2	Cukup Baik	4	16
3	Baik	20	80
Total		25	100

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil pengetahuan ibu sebagian besar adalah baik (80%), dengan persentase terendah adalah kurang baik (4%). Hal ini dapat terjadi karena sebagian besar ibu berpendidikan SMP dan SMA (64%).

Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Seseorang dengan pendidikan tinggi maka akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat.⁽¹³⁾ Hal ini terlihat dari pengasuh balita dengan pengetahuan kurang memiliki riwayat pendidikan tidak sekolah, dimana balita masih menderita gizi buruk diakhir tahun 2015 namun berat badan balita berada di kisaran garis merah. Hal ini dapat terjadi karena pengasuh balita adalah nenek

dimana telah memiliki pengalaman dalam membesarkan anak, praktek yang diterapkan pada balita diperoleh berdasarkan pengalaman sebelumnya bukan karena pengetahuan.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah seluruh responden telah diberikan konseling gizi ketika mengikuti kegiatan di Rumah Gizi Semarang (6 bulan). Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.⁽¹³⁾ Namun konseling ini dirasa kurang efektif balita subyek dengan pendidikan rendah atau tidak sekolah.

2. Gambaran Pola Asuh Ibu Balita Pasca Perawatan di Rumah Gizi Semarang

Tabel 2. Kategori Pola Asuh Ibu Kepada Balita Penderita Gizi Buruk Tahun 2014

No	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pola Makan			
1	Makan sayur	21	84
2	Porsi Makan sesuai	0	0
3	Makanan bervariasi	7	28
4	Sarapan pagi	24	96
5	Frekuensi Makan 3 kali	24	96
6	Frekuensi Makan Selingan	12	48
Higiene			
1	Mandi 2kali sehari	15	60
2	Potong kuku	24	96

3	Menggunakan sandal diluar	13	52
4	Main di tanah	17	68
5	Cuci Tangan dengan sabun	25	100

Berdasarkan penelitian diperoleh persentase pola asuh ibu berupa pola makan dengan persentase balita makan sayur (84%), balita makan sesuai porsi (0%), makanan yang disajikan bervariasi (28%), balita sarapan pagi (96%), frekuensi makan balita 3 kali sehari (96%), balita diberi makan selingan (48%), dan higiene dengan persentase balita mandi 2kali sehari (60%), potong kuku saat mulai panjang (96%), menggunakan sandal saat keluar (52%), dibiarkan main di tanah (68%), cuci dengan sabun (100%). Rerata pola makan balita kurang (96%) masih menderita gizi buruk saat keluar dari Rumah Gizi Semarang (92%)..

Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar tingkat pendapatan keluarga balita menunjukkan pendapatan rendah (76%). Keadaan ekonomi keluarga yang kurang mampu merupakan faktor yang kurang mendukung bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita.¹⁴ Pendapatan keluarga mempunyai peranan penting terutama dalam memberikan efek terhadap taraf hidup mereka. Efek disini lebih berorientasi pada kesejahteraan dan kesehatan, dimana perbaikan pendapatan akan

meningkatkan tingkat gizi masyarakat. Hal lain yang dapat menjadi penyebab adalah orang tua kurang bervariasi dalam menyusun menu makanan. Masakan yang kerap disajikan ibu adalah sayur sop, sayur bening dan sayur asam, sedangkan untuk lauk adalah tahu dan tempe goreng. Menu yang disajikan oleh ibu dipilih karena proses pembuatannya yang tidak ribet dan tidak memakan waktu (praktis). Hal ini sebab kurangnya pengetahuan ibu dalam mengolah menu masakan dengan harga yang ekonomis. Anak dapat menolak bila makanan yang disajikan tidak memenuhi selera mereka.¹⁵ Penolakan makan pada anak kadang juga terjadi karena taste atau rasa makanan yang diberikan tidak disukai anak. Namun hal ini tidak disadari oleh para ibu karena menganggap makanan yang diberikan sudah sesuai dengan kondisi anak.

3. Status Imunisasi

Tabel 3. Status Imunisasi Balita Penderita Gizi Buruk

No.	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
1	Lengkap	20	80
2	Tidak Lengkap	5	20
Total		25	100

Dari hasil penelitian diperoleh persentase status imunisasi sebagian besar adalah lengkap (80%), dan persentase terendah adalah tidak lengkap (20%), dimana balita dengan imunisasi tidak lengkap masih menderita

gizi buruk saat keluar dari Rumah Gizi Semarang (100%).

Hal ini dapat terjadi karena adanya peraturan dimana sertifikat imunisasi menjadi salah satu persyaratan untuk mendaftar Sekolah Dasar (SD) sehingga ibu balita mengupayakan kelengkapan imunisasi anak. Perubahan perilaku karena adanya tekanan (*enforcement*) dalam bentuk peraturan-peraturan (*law enforcement*), intruksi-intruksi, tekanan-tekanan dapat menimbulkan dampak yang lebih cepat terhadap perubahan perilaku. Tetapi perubahan perilaku yang terjadi karena adanya tekanan (*enforcement*) tidak bertahan lama (*sustainable*), karena perubahan perilaku yang dihasilkan tidak didasari oleh pengertian atau kesadaran yang tinggi terhadap tujuan perilaku tersebut di laksanakan.¹⁶

4. Riwayat Penyakit

Tabel 4. Riwayat Penyakit Balita Penderita Gizi Buruk Pasca Perawatan di Rumah Gizi Tahun 2014

No.	Kategori	Frekuensi			Presentase (%)		
		Y	T	Total	Y	T	Total
1.	Diare	13	12	25	52	48	100
2.	ISPA	10	15	25	40	60	100
3.	TB Paru	6	19	25	24	76	100

Riwayat penyakit yang diderita balita pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang kemudian diolah secara statistika. Dalam penelitian ini diperoleh persentase riwayat penyakit sebagian

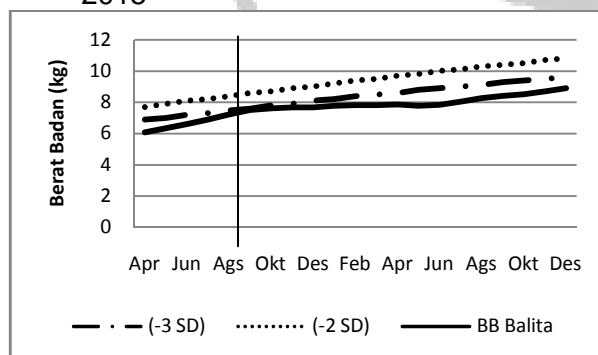
besar adalah diare (52%), kemudian ISPA (batuk/pilek, demam/panas) (40%) dan persentase terendah adalah Tb Paru (24%). Balita yang memiliki lebih dari satu riwayat penyakit infeksi (12%) seluruhnya masih menderita gizi buruk baik sebelum dan sesudah dirawat (tidak mencapai gizi kurang), bahkan jauh dari garis merah (-3SD) untuk mencapai gizi kurang maupun baik.

Penyakit infeksi dapat menjadi penyebab menurunnya intake makanan, sedikitnya intake makanan atau berkurangnya nutrient akibat muntah, diare malabsorpsi dan demam berkepanjangan dapat menyebabkan defisiensi nutrisi sehingga konsekuensinya adalah pertumbuhan dan sistem imunitas anak akan terganggu.¹⁷

5. Gambaran Pertumbuhan Balita

a. Rerata Pertumbuhan Perempuan

Gambar 1. Rata-rata Pertumbuhan (BB) Balita Perempuan di Rumah Gizi Tahun 2014 dan Pasca Perawatan 2015



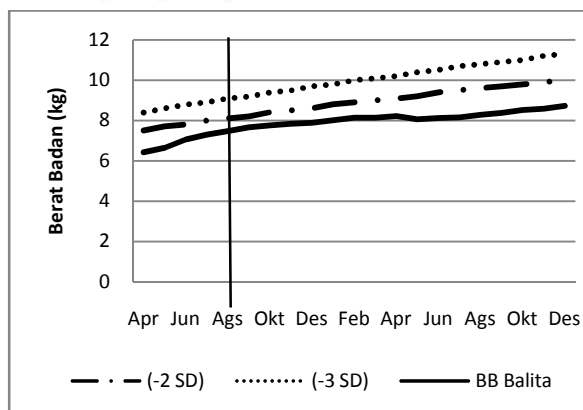
Dari hasil penelitian diperoleh persentase balita menderita gizi buruk dan belum mencapai gizi kurang (46,15%), balita perempuan rerata

memiliki status imunisasi lengkap (69,23%), kecukupan energi defisit, kecukupan protein kurang, dan kecukupan lemak baik dan lebih. Pola asuh ibu balita menunjukkan pola makan kurang (balita makan sayur, porsi makan tidak sesuai, makanan tidak bervariasi, balita diberi sarapan, sehari makan 3 kali dan diberi makan selingan sekali) dan higiene baik, dengan rerata balita memiliki riwayat penyakit infeksi diare.

b. Rerata Pertumbuhan Laki-laki

Dari hasil penelitian diperoleh persentase balita menderita gizi buruk dan belum mencapai gizi kurang (66,67%) memiliki status imunisasi lengkap (91,67%), kecukupan energi defisit, kecukupan protein baik dan kecukupan lemak baik. Pola asuh ibu balita menunjukkan pola makan kurang (balita makan sayur, porsi makan tidak sesuai, makanan tidak bervariasi, balita diberi sarapan, sehari makan 3 kali dan diberi makan selingan sekali) dan higiene baik, dengan rerata balita memiliki riwayat penyakit infeksi ISPA.

Gambar 2. Rata-rata Pertumbuhan (BB) Balita Perempuan di Rumah Gizi Tahun 2014 dan Pasca Perawatan 2015



Rerata berat badan balita mengalami peningkatan namun belum mencapai gizi baik. Selama di Rumah Gizi Semarang 48% balita mencapai gizi kurang, setelah keluar dari Rumah Gizi berat badan balita tetap atau mengalami penurunan yang perlahan walaupun usia terus bertambah sehingga diperoleh balita gizi kurang tersisa 8%. Diakhir tahun 2015 rerata subyek masih atau kembali menderita gizi buruk setelah keluar dari Rumah Gizi Semarang.

Penambahan ukuran-ukuran tubuh balita tidak harus drastis. Sebaliknya berlangsung perlahan-lahan, bertahap dan terpola secara proporsional pada tiap bulannya. Ketika didapati penambahan ukuran tubuhnya, artinya proses pertumbuhannya berlangsung baik. Sebaliknya jika yang terlihat gejala penurunan ukuran, itu sinyal terjadinya gangguan atau hambatan proses pertumbuhan

6. Gambaran Pola Konsumsi

a. Tingkat Kecukupan Energi

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Subjek berdasarkan Tingkat Kecukupan Energi

No	Tingkat Konsumsi Energi	n (Orang)	Persentase (%)
1	Kurang <100%AKE	4	16
2	Defisit <70% AKE	21	84
	Total	25	100

Rerata tingkat kecukupan energi subyek adalah $(81,68 \pm 8,0)\%$, dengan tingkat kecukupan energi terendah adalah 62% dan tertinggi sebesar 113%. Hasil kecukupan energi dalam persentase kecukupan energi terbesar adalah kurang (52%) kemudian baik (40%) dan terendah lebih (8%).

Berdasarkan analisis *FFQ semikuantitatif* besarnya tingkat kecukupan energi balita defisit, hal ini dapat terjadi karena konsumsi karbohidrat, protein dan lemak tidak mencukupi berdasarkan AKG. Konsumsi energi tubuh yang paling besar diperoleh dari konsumsi makanan sumber karbohidrat. Rendahnya tingkat konsumsi makanan mengandung karbohidrat, protein dan lemak menyebabkan kurangnya energi untuk metabolisme pertumbuhan dan sumber tenaga. Gizi kurang pada anak dapat terjadi karena kekurangan makanan sumber energi secara umum, apabila sumber energi dan zat-zat gizi yang masuk ke dalam tubuh kurang terpenuhinya kebutuhan dalam waktu yang lama makan akan terjadi gizi kurang dan

jika terus berlanjut maka akan terjadinya gizi buruk.¹⁸

b. Tingkat Kecukupan Protein

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Subjek berdasarkan Tingkat Kecukupan Protein

No	Tingkat Konsumsi Protein	n (Orang)	Persentase (%)
1	Lebih >100% AKP	2	8
2	Baik 80-100% AKP	10	40
3	Kurang <80%AKP	13	52
Total		25	100

Rerata tingkat kecukupan protein subjek adalah sebesar $(81,68 \pm 13,5)\%$. Persentase tingkat kecukupan protein terendah adalah sebesar 62% dan tertinggi sebesar 113%.

Berdasarkan analisis *FFQ semikuantitatif* besarnya tingkat kecukupan protein balita kurang, hal ini dapat terjadi karena konsumsi rata-rata sumber protein yang dikonsumsi subyek berasal dari sumber protein nabati yaitu tahu dan tempe. Protein pada bahan pangan nabati memiliki mutu yang rendah dibandingkan dengan bahan pangan hewani, karena beberapa asam amino esensial tidak dapat mencukupi kebutuhan asam amino yang diperlukan oleh tubuh.

c. Tingkat Kecukupan Lemak

Rerata tingkat kecukupan lemak subjek adalah sebesar $(95,48 \pm 22,9)\%$. Persentase tingkat kecukupan lemak terendah adalah sebesar 48% dan tertinggi sebesar 137%.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Subjek berdasarkan Tingkat Kecukupan Lemak

No	Tingkat Konsumsi Lemak	n (Orang)	Persentase (%)
1	Lebih >100% AKL	6	24
2	Baik 80-100% AKL	10	40
3	Kurang <80%AKL	9	36
Total		25	100

Rerata tingkat kecukupan lemak subyek adalah $95,28 \pm 9,2\%$, dengan tingkat kecukupan energi terendah adalah 48% dan tertinggi sebesar 137%. Hasil kecukupan energi dalam persentase kecukupan energi terbesar adalah baik (40%) kemudian hampir setengahnya adalah kurang (36%) dan terendah lebih (24%).

Masih rendahnya tingkat konsumsi lemak dapat terjadi karena masih sedikitnya makanan sumber lemak yang dikonsumsi seperti telur dan daging. Hampir semua balita pada penelitian tidak mengonsumsi daging (ayam/sapi) dan sangat jarang

mengonsumsi telur yang dikarenakan faktor ekonomi keluarga.

Lemak merupakan sumber energi padat yang menghasilkan lebih dari dua kali energi yang dihasilkan karbohidrat. Kekurangan konsumsi lemak akan menyebabkan berkurangnya asupan kalori.¹⁹

7. Gambaran Keterkaitan Variabel dengan Pertumbuhan Balita

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan gizi balita sebelum dan pasca perawatan di Rumah Gizi Semarang. Hal ini disebabkan pasca perawatan pola asuh balita khususnya pola makan menunjukkan makanan balita tidak sesuai porsi (100%) dan makanan yang disajikan tidak bervariasi (72%). Porsi makanan yang dikonsumsi balita tidak sesuai kebutuhan serta adanya penolakan balita karena menu makanan yang tidak bervariasi mempengaruhi asupan gizi balita. Hal ini terlihat dari tingkat kecukupan energi balita defisit dengan rerata $61,68 \pm 61\%$ dan tingkat kecukupan protein balita kurang $81,68 \pm 78\%$, yang berdampak langsung pada keadaan gizi balita yang masih menderita gizi buruk pasca perawatan di Rumah Gizi Semarang. Sedangkan pola makan dengan makanan yang disajikan bervariasi (28%) juga menunjukkan masih menderita gizi buruk pasca perawatan. Selain itu status imunisasi balita yang tidak lengkap (20%) memiliki

berat badan yang sangat berada jauh dibawah garis merah ($< -3SD$).

KESIMPULAN

1. Semua ibu memberikan porsi makan yang kurang
2. Sebanyak 72% menyajikan makanan yang tidak bervariasi.
3. Sebanyak 80% balita diimunisasi lengkap
4. Riwayat penyakit diare (52%), ISPA (40%) dan *tuberkulosis* paru (24%).
5. Rerata Tingkat kecukupan energi balita defisit ($61,68 \pm 8,0\%$), tingkat kecukupan protein kurang ($81,7 \pm 13,5\%$) dan tingkat kecukupan lemak baik ($95,48 \pm 22,9\%$).
6. Pasca perawatan di Rumah Gizi status gizi balita yang meningkat menjadi gizi kurang sebesar 48%, sedangkan setelah 6 bulan keluar dari Rumah Gizi jumlah balita yang menderita gizi kurang gizi menurun menjadi 6%.

DAFTAR PUSTAKA

1. Handayani, L & Mulasari. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita*. Jurnal Man.; 2008.
2. Santoso S. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta; 2004.
3. Hidayat Z. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di Indonesia*. Jakarta: Pascasarjana UI;

2005. Barat. Pontianak: Universitas Tanjungpura; 2014.
4. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2015*. Keputusan . Jakarta: Kemenkes RI; 2010.
5. Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2012*. In: Vol 3511351. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang; 2012.
6. RAKERKESDA. *KONSEPTUAL RPJMN BIDANG KESEHATAN TAHUN 2015-2019*. Semarang: Biro Perencanaan dan Anggaran Provinsi Jawa Tengah; 2014.
7. Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Profil Kesehatan Tahun 2013*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang; 2013.
8. Suwiji E. *Hubungan Pola Asuh Gizi Dengan Status Gizi Balita Usia 4-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Medang Kabupaten Blora*. Semarang: Universitas Negeri Semarang; 2006.
9. Rapar VL. *Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Semarang*. Manado: Universitas Sam Ratulangi; 2014.
10. Ita P. *Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Anak Balita di Desa Tunang Kecamatan Mempawah Hulu Kabupaten Landak Kalimantan*
11. Yulia C. *Pola Asuh Makan dan Kesehatan Anak Balita Pada Keluarga Wanita pemetik Teh di PTPN VIII Pangalengan*. Bogor: Institute Pertanian Bogor; 2008.
12. Ahmad A. *Pengaruh Pola Asuh Gizi Terhadap Kejadian Gizi Kurang Pada Anak Usia 6-24 Bulan di Kecamatan Peukan Bada Aceh Besar*. Aceh: Politeknik Kesehatan; 2013.
13. Effendy. *Keperawatan Kesehatan Komunikasi Teori dan Praktek*. Bandung: Salemba Medika; 2009.
14. Suhardjo. *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara; 2008.
15. Khomsan. *Penegantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya; 2004.
16. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
17. Adeladza. The Influence of Socio-Economic and Nutritional Characteristics on Chil Growth in Kwale District of Kenya. *African J Agric Dev*. 2009.
18. Almitsier S. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2003.
19. Sulistyoningasih. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2011.